

うつ病増加の背景要因に関する覚書

石丸昌彦¹⁾

Notes on the factors underlying the increase of depression in recent Japan

Masahiko ISHIMARU

要旨

精神疾患はわが国の健康問題の中でも主要なものとなっており、とりわけうつ病などによる国民生活の質への影響が憂慮されている。うつ病の患者数は年々増加し、2014年には110万人に達した。この数字には疾患そのものの増加に加え、同じ時期の都市部における精神科関連の診療所数増加や住民の受診動機の向上も反映されているが、さらに重要なのは近年におけるうつ病の診断プロセスの変化と、これにともなううつ病概念の変遷である。伝統的うつ病概念の中核にあったのは、クレペリン以来の内因性うつ病であり、明瞭なストレス因があるものや疲弊性の抑うつ状態、心理的葛藤を背景にもつ神経症性うつ病などは、これと一線を画すものとして扱われる傾向があった。1980年代以降、世界的に用いられるようになったDSMの操作的診断システムにおいては、原因ではなく症状によって疾患を分類診断する原則に基づき、抑うつ状態を呈するものは全てうつ病 (depression) としたため、うつ病の診断件数が急増する結果をもたらした。実際に近年いちじるしく増加を続けているのはクレペリン型の内因性うつ病ではなく、ストレス状況に由来する適応障害型のうつ病であることに注意する必要がある。うつ病の治療方針や予防の心得は原因や発病状況によって大きく異なるが、メディアを通じて流布される情報にはうつ病の多様性を捨象して一律に扱うものが多く、しばしば混乱の原因になっている。うつ病に関する正しい情報を共有するとともに、ストレス依存性・適応障害型のうつ病の発病状況を探索・究明し、関連領域と協働して対策を構築していくことが急務である。

ABSTRACT

Patients from mental disorders are increasing rapidly in Japan. Specifically, the number of depressive patients has reached more than one million since 2014. Increase of mental clinics in urban areas as well as an improving motivation among people for seeing psychiatrists explains the tendency partly. Another important factor is an introduction of DSM with its operational idea of diagnosing mental disorders. Since DSM defined the depressive episode based mainly on symptoms regardless of cause or background of each case, depression tends to be diagnosed more easily than before. It should be noted that the increasing fraction of depression is not the endogenous type that Emil Kraepelin focused but the stress-dependent depressive reaction related to various socio-psychological stressors. It is also important that the treatment of a depressive patient should be designed and performed with a careful consideration of the socio-psychological condition of each case. Investigating the background stressors of depressive disorders will clarify the problems that Japanese population is being faced.

I. 精神疾患とうつ病の概況

1. 戦後メンタルヘルス小史

日本人の精神的健康に関する現状が、他ならぬ日本人によってどのように認知されているか、メンタルヘルスに関連する調査研究は数多く存在するものの、こ

の点に関して厳密に検証した報告は見当たらない。ただ、多くの人々が現状を「好ましくない」あるいは「悪い」と考えていることは想像に難くない。少なくともメディアから日々発信される情報の大半はそのように告げ、あるいはそのことを前提にしている。発信される情報を受けて「現状が危機的である」との人々の認知はいつそう強化され、そうした認知が危機的な

¹⁾ 放送大学教授 (「生活と福祉」コース)

現状を改善するよりは悪化させる方向に働くという悪循環が常態化しているようである。

このような現状が日本の現代史の中でいつどのようになり成立し定着したか、それを実証的に跡づけることは重要な課題である。いずれこれを本格的に論じるための準備を兼ね、敗戦から2016年までのメンタルヘルスに関連した社会事情の変遷を、ごく大雑把に展望してみよう。

① 敗戦から高度成長期・安定成長期まで ～ 躁的防衛と否認

日中戦争とこれに続く第二次世界大戦の末、完膚なきまでの敗北を喫して国土も人心も荒廃しきったところから日本の戦後史は始まった。「敗戦」は精神医学的な観点からは、社会全体を巻き込んだ巨大な喪失体験と要約できる。個人であれ社会であれ、喪失体験からの回復には一定期間にわたる悲哀の表出と喪の作業が必要であるが、わが国の戦後はこれをほとんどスキップして高度経済成長期に突入し、その後の約40年間にわたって成長路線をひたすら走り続けた。その経過をいわゆる躁的防衛の心理機制によって理解することは、あながち的外れではないものと思われる。

個人心理において、近親者との死別といった深刻な喪失体験に引き続いてしばしば躁状態(!)が惹起されることは古来よく知られ¹⁾、「葬式躁病」といった表現が精神医学領域で口伝のように語られてきた。喪失による耐え難い落魂を反動形式的に乗りきろうとする防衛の表れと解されるが、むしろ健やかな悲嘆に代わり得るものではなく、概して非適応的な結果を生むことは想像される通りである。

躁的防衛の裏側には「喪失」と「死」に対する否認がある。この期間の日本の教育に「死生観」がほとんど抜け落ちており、デーケン²⁾らの先駆的な実践を除きこれを補完する動きが著しく遅れたことは、躁的防衛および死の否認の並行現象とみることができる。同様に、精神疾患を含むメンタルヘルス問題もまた、「生」の拡充が至上命題である躁的防衛の時代には社会の主たる関心の外に置かれていた。統合失調症が薬物療法で制御可能になった後も、同症を中心とする精神科入院患者の処遇改善や社会復帰が真剣な取り組みの対象とならず、海外からの批判を繰り返し浴びてきたことは、この種の問題に関する関心の欠如を示すものとして象徴的である³⁾。

1964年3月のライシャワー大使刺傷事件から1980年代の報徳会宇都宮病院事件に至るさまざまな「事件」が端的に示すように、精神障害者に対する日本の社会の基本姿勢は「否認」と「隔離」で貫かれていた。『「隔離」という病』⁴⁾とはハンセン病を主題とした優れた評論のタイトルであるが、そこで論じられている問題は精神分裂病／統合失調症にほとんどそのままの形で妥当する。強い外圧がかからない限り、「精神分裂病」をめぐるスティグマ問題が日本の公論の中でまともに取り上げられることがなかったのは、同病に代表される本格的な精神疾患の「否認」であるばかりで

なく、およそメンタルヘルス問題一般に関心を振り向けない社会のあり方を反映するものでもあった。

一般に否認の病理は深刻な認知の歪みをとともう不自然な反応の様式であり、不健康なものを背後に隠蔽している。従ってそれが破綻する時には、やはり不自然で不健康なものが露呈するであろう。事実そのことが起きたのが「バブル崩壊」であった。

② バブル崩壊と自殺の急増 ～ 遅れてきた抑うつ

1990年代初頭のいわゆる「バブル崩壊」は日本の経済社会構造に甚大な影響を及ぼした。地域・職場・家庭における従来型コミュニティの変質と衰退は高度成長期・安定成長期を通じて多年にわたり準備されてきたものであるが、バブル崩壊とその後の混乱の中で一挙に顕在化した。それが精神科の医療現場にも否応なく波及したことは言うまでもない。波及の具体的な様相として、適応障害を中心とするストレス反応が激増したことや、広い層の患者が自発的に来院するようになったことなど、さまざまな事実が指摘できる。なかでも、最大の効果は精神科医療への需要が急激に増加したこと、そして精神科医療が誰でも活用しうる／活用してよい社会資源として社会的に認知され、かつ認知度が急速に増大したことにあっただろうと思われる。

慢性化する不況がストレス因となって、うつ病の発症リスクを増大させるのは事実であろう。(英語のdepressionは「うつ」と「不況」の意をあわせもつ。)しかし、ストレス性の精神変調であれば高度成長期という異常な過熱の時代(躁状態!)にも同様にあり得たし、遑って戦争遂行中や敗戦後の混乱期にはなおさら大きな潜在的変調が存在したはずである。ストレスという計測不能の何ものかが増えたわけではなく、困難な現状を「ストレスによる精神不調」と捉える認知の枠組みがこの時期に出現し汎化したこと、それこそ日本人が歴史の中で初めて経験することではなかっただろうか。

後述するように、この時期からわが国ではうつ病の患者数が急激な増加を示すようになり、現在に至っている。この現象はさしあたり日本人という集団におけるうつ病の発病率が増し、従って個々の日本人の発病リスクが増していることを意味するが、同時に社会全体に抑うつ的(depressive)な空気が蔓延してきたことを示唆するものでもあろう。高度成長期・安定成長期が死と喪失に対する「否認」の時代であったとすれば、バブル崩壊後の不況低迷期は遅れてやって来た喪の季節と見ることができる。その深刻さを端的に表すのが、自殺の急激な増加とその長期的な持続であった(図1)。

日本人の年間自殺者数は第二次大戦後、一時期を除いて年間2万人台で安定していた。しかるに1998(平成10)年には突如年間3万人台に急増し、その後15年近くにわたって同様の水準が持続した。2010(平成22)年以降は減少傾向が続き2万人台に復しているが、依然として国際的には高い水準にある。1998年に自殺率が急増した要因として、この年の完全失業率が

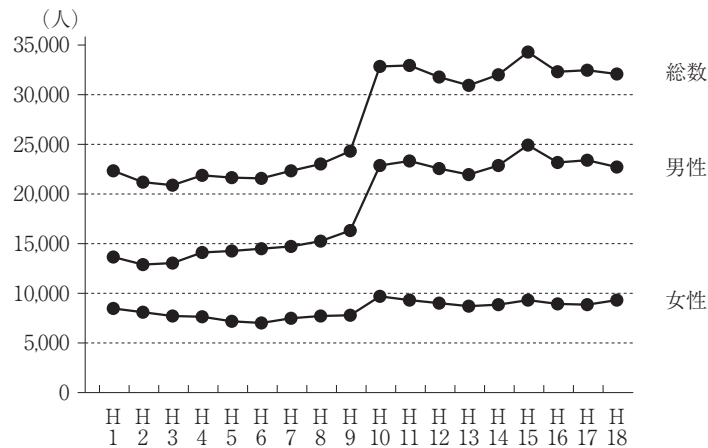


図1 わが国の年間自殺者数 (年次推移)
警察庁自殺統計より作成

前年の3.40%から4.10%へ急上昇したことが指摘されている。その後も2007年と2008年を除き、2013年に至るまで4%台の完全失業率が続き、この時期の高い自殺率との関連を推測する声が高い⁵⁾。

いっぽう自殺と精神疾患との関係は必ずしも単純ではない。海外の研究では自殺既遂者の90%以上が自殺の直前に何らかの精神疾患の状態にあり、このうち60%は抑うつ状態であったとの報告がある⁶⁾。この場合、うつ病などの精神疾患を自殺の説明要因と見なすよりも、もう一段さかのぼって抑うつ状態をきたした背景は何かを問うことが重要であろう。後述するよううつ病概念の変遷を踏まえるなら、なおさらそうなのであるが、一方で自殺予防の具体策を考える立場からは、精神科医療が実践的に有用な切り口を提供するのも事実である。

うつ病／抑うつ状態には希死念慮がつきものであることをあわせ、自殺統計は日本人集団の抑うつ傾向に関する近似値を与えるものと考えられる。その意味で、2010年代に入って若者の自殺率が高まっていることは、警告信号として看過できないものである。

③ 2011年以降～メンタルヘルス問題の汎化・多様化

バブル崩壊で顕在化した社会経済的な変動は、超高齢社会の到来とあいまって日本人の生活にさまざまな影を落とすことになった。これを象徴する言葉として「孤独死」と「無縁社会」はインパクトの強いものである。2010年から2011年初頭あたりの資料を見直すと、これらの言葉がメディアに出現する頻度の高さと印象の強さを再確認させられる⁷⁾。

2011年3月11日の東日本大震災はこの状況に新たな一撃を加えた。地震・津波の残した激甚な損害に放射能禍が加わり、しばらくは日本中の関心がこの方角に集中した。とはいえ「孤独死」や「無縁社会」の蔓延する社会状況はむろん消滅したわけではなく、震災の急性期が過ぎて被災地の内外に規則的な日常が戻るにつれ、しばらく忘れていたそのような状況があらためて眼前に浮上してきた。日常的な無縁・孤独と非日常

的な大災害に、腹背から迫られる緊迫感が新たな「日常」となった観がある。

震災は被災地の人々の心に深い傷跡を残したが、それは時間の経過とともに薄れる面がある一方、慢性期に入るにつれて逆に深刻化する面も少なくない。遅発性・遷延性のストレス障害といった直接の影響の他、生活基盤の喪失を背景とするうつ病やアルコール問題、放射能の長期的影響への懸念や風評被害による心労など、震災の慢性的影響はきわめて多面的なものである。2016年4月には新たな震災が熊本を襲い、日本列島に住まう者にとって防災が終わりなく反復される戦いであることを印象づけた。

このように日常・非日常の両翼に向けて広がるさまざまな社会問題が、一般的な防災や社会福祉の問題としてだけでなく、すぐれてメンタルヘルスに関わる問題として認知され論じられるところに、高度成長期・安定成長期とは違った21世紀の空気が感じられる。

とはいえ、そうした認知のシフトが確たる成果につながっているかどうかは疑わしい。職場におけるストレスチェック導入は2015年から2016年にかけての大きな社会的事件であったが、まさにその時期に最大手の広告会社で大学新卒の女性社員が自殺する事例があり、過労自殺として物議を醸している。この会社では1991年にも今回と酷似した事例が生じ、過労自殺訴訟のリーディングケースを提供したけれども、そのことは会社の体質に何の変化も改善ももたらさなかったのである。

「失われた20年」という表現が、メンタルヘルス領域における進歩の欠如を表すものとして想起され、諸々の課題は未解決のまま我々の前に置かれている。

2. 統計にみる精神疾患とうつ病

① 精神疾患の全般的趨勢

精神疾患とうつ病の動向を、基本的な統計データによって確認しておこう。

図2は過去半世紀以上にわたる主要疾患の受療率の

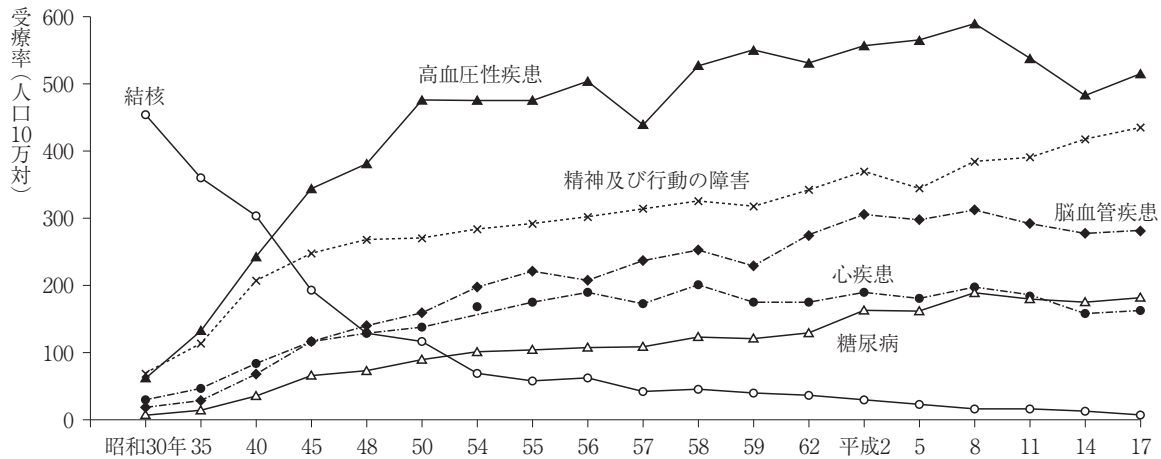


図2 主要疾患の受療率 (年次推移)
「我が国の精神保健福祉」平成23年度版より転載

推移を示したものである。結核に代表される感染症の受療率は戦後に入って着実かつ著しく減少した。衛生ならびに栄養状態の改善に、抗生物質をはじめとする医療技術の進歩が加わって達成されたものである。(結核に関しては先進国中ではなお高い有病率を示し、決して過去のものになっていないことは注意を要する。結核・アルコール問題・精神障害は、とりわけ貧困との関連の深い健康問題でもある。)

これと入れ違いに、高血圧・糖尿病・脳血管障害・悪性腫瘍などの生活習慣病／成人病群は戦後一貫して増加を続けており、精神疾患もこれと一致した挙動を示している。これには見かけ上の一致を超えた意味があり、大多数の精神疾患は発症メカニズムにおいて生活習慣病／成人病群と多くの共通点をもつことが推測される。いずれにせよ、多くの疾患群が近年において受療率が頭打ち傾向を示す一方、精神疾患はなお増加の途上にあるらしいことがグラフから窺われる。

現時点での横断的な状況はどうであろうか。図3はDALYと呼ばれる指標を用いて最新の状況を示したものである。DALYすなわちDisability-Adjusted Life Year (障害調整生命年)はWHOが開発した指標であり、YLLすなわちYears of Life Lost (疾患による寿命の短縮)とYLDすなわちYears Lost due to Disability (障害によって失われた年数)の合計によって各疾患のもたらす負荷を評価する。たとえばがんなどと比較して、死亡率は低いが生質への影響の大きい疾患のインパクトを適切に評価するうえで有用な指標である。DALY値によって主な疾患群の相対的負荷を比較した最新の調査によれば、うつ病・躁うつ病、認知症、統合失調症、アルコール症など主要な精神疾患の合計値は、すべての部位のガンを合計した値を抜いてトップとなっている(図3)。「メンタルヘルスの危機的状態」というおおかたの印象は、このような観点からは数字の裏づけをもつものといえる。

② うつ病の動向

本稿で注目するうつ病に限ってみても、患者数には

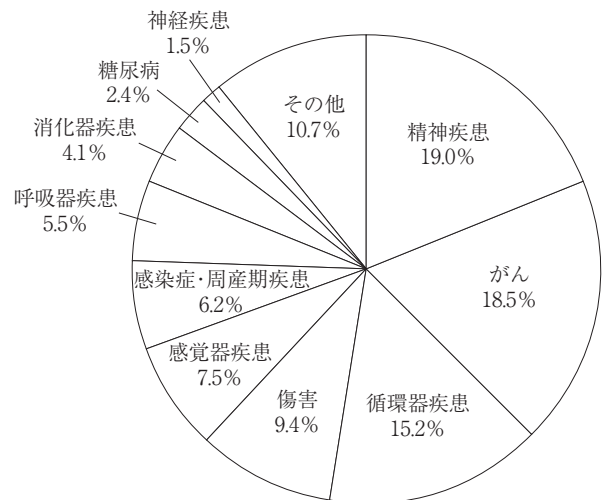


図3 主要疾患群のDALY相対値 (%)
Disease & Injury Country Estimates 2004,
WHO 2009 のデータに基づいて筆者作成

際立った増加が報告されている。図4は近年のわが国における近年のうつ病患者数を示すもので、変動はあるものの概ね100万人の患者が存在していることがわかる。ただし世界的に見れば、これは必ずしも大きな数字とは言えない。

WHOの調査によれば、全世界で少なくとも3億5千万人がうつ病に罹患しているものと推測される⁸⁾。これはアメリカ合衆国の全人口より多く、世界の総人口の2%を超える数字である。同じ時期の世界のがん患者数(1,270万人、2008年)、認知症患者数(3,560万人、2012年)と比較してもその多さは際立っており、わが国の数字よりもはるかに大きな人口比を示している。

図4は躁うつ病(双極性障害)の患者数を含むが、ここに引用した世界統計はこれを含まないため、わが国との開きはそのままに大きいことになる。

③ 考慮すべき系外要因

世界との開きがあるにせよ、わが国においてうつ病

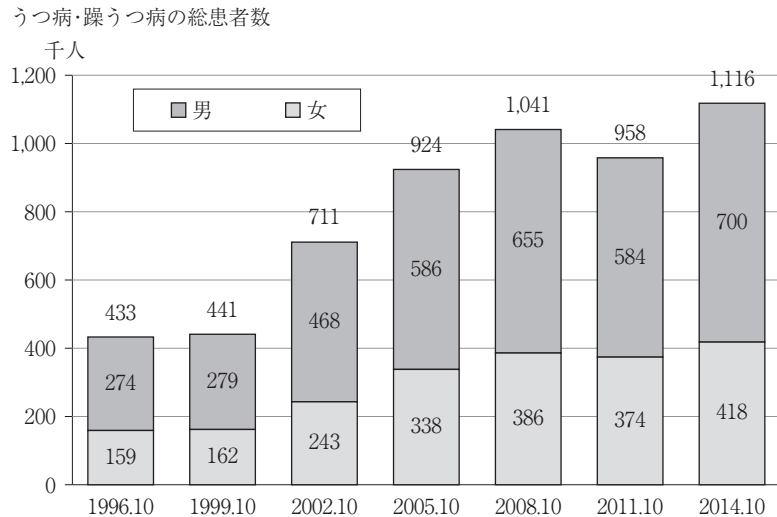


図4 うつ病・躁うつ病患者数（年次推移）

「患者調査」データより筆者作成

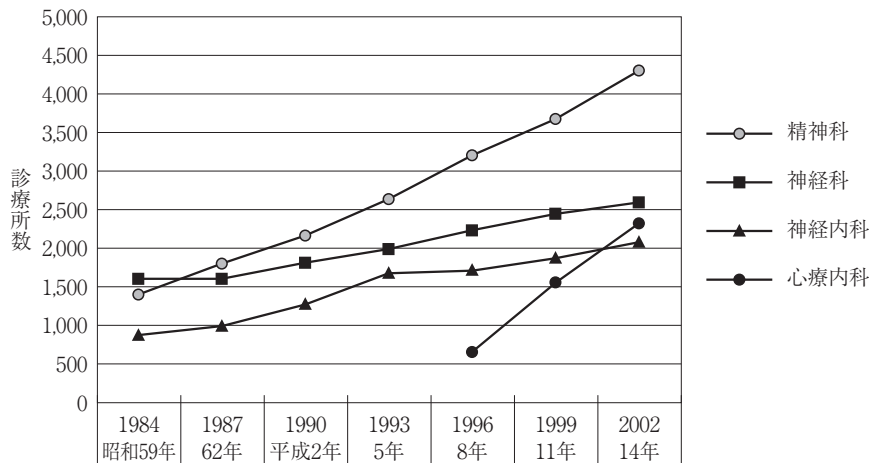


図5 精神科などを標榜する診療所数（年次推移）

「我が国の精神保健福祉」平成23年度版より転載

などの精神疾患が大幅に増加していることは、以上の数字からも明らかなように思われる。しかし、そのように判断する前に、こうした数字に影響を与える系外要因を確認しておく必要がある。

第一に医療機関の増加が挙げられる。

精神疾患の受療率が急増したのと同じ期間に、わが国では精神科・心療内科などの診療所（クリニック）また大幅に増加した。図5はそれを示したものである。（精神科・神経科・心療内科は実態的にはほぼ同じものであるが、神経内科は参照のために記入したものでメンタルヘルス担当科ではない。）

筆者の記憶をたどってみても、1980年代の初めには東京のような都市部でさえ精神科のクリニックはほとんど見あたらなかった。2016年の時点では私鉄の駅毎に掲げられた医療機関の広告の中に、メンタルヘルス関連のものが存在しないことのほうが珍しいであろう。クリニックが身近にない場合、精神的な変調を自

覚しても総合病院の精神科外来か、いわゆる精神病院の外来を受診する以外に方法がなく、物理的な困難や心理的な抵抗から受診を見送る人は多かったはずである。診療所の増加はこのような状況を根本的に変えるものであり、以前ならば診断も治療も受けることのないケースを顕在化させることになった。この時期の精神疾患による受療率の増加は、この効果によって部分的に説明されるはずである。

念のために言えば、これらメンタルヘルス関連科の診療所の分布にはきわだった都鄙格差があり、その大多数が都市に集中している。非都市部では気軽に通える診療所が身近に存在しない地域がなお多く、そうした地域にはうつ病などの精神疾患にかかっていながら、医療へのアクセスが確保できず受診に至らないケースが相当数あるものと考えられる。

第二に考慮すべきことは、医療の利用者側における疾患認知と受療行動の変化である。1980年代頃まで日

本人の精神科に対するイメージは否定的な面が強く、自身や家族が精神科を受診することへの心理的障壁はかなり大きなものであった。それが変化してきたのはさまざまな要因によるものであるが、上述の診療所の増加も一役買っている。気軽に受診できる場所が身近にできることによって心理的障壁が低くなり、そのような変化に応じてクリニックの開設が促進されるという循環が、変化を加速したであろう。

疾患の認知促進に関しては、マスメディアを通じて伝えられる情報も大きな影響を及ぼしてきた。よく例に引かれるのはアメリカ人ミュージシャン、カレン・カーペンターの摂食障害のことで、日本でも絶大な人気を博していた彼女が1983年に神経性無食欲症で死亡したとのニュースが伝えられるまで、大多数の日本人はそのような病気の存在を知らなかった。それ以後、我が国における摂食障害の患者数が急増し、社会的にも認知されるようになったという事実がある。

摂食障害に関しては、病気とは気づかれぬまま既に存在していた患者が認知されるようになったばかりでなく、情報の伝達がそのような行動様式を誘発する側面があり、問題が複雑である。

また、多くのファンをもつ海外の有名人が精神疾患に罹患し、痛ましい死を遂げた事実が伝えられることで、精神疾患に対するスティグマ付与が緩和されるといった効果も指摘できよう。

精神疾患の認知に関するマスメディアの影響は両義的であり、ライシャワー大使事件の例に典型的に見られる通り、高度成長期には精神疾患に対するスティグマを煽る傾向の方がはるかに強かった。1980年代以降の安定成長期に入ると、精神疾患に関する中立的な情報を発信するとともに、カレン・カーペンターのケースに見られるように疾患との心理的距離を縮める働きをも果たすようになった。精神疾患に対する公衆のイメージ形成とマスメディアとの関連は、あらためて詳しく検討する必要がある。

第三に、診断および診断基準の問題がある。本稿の関心からは、実はこの点こそが最も注目すべき重要な系外要因である。というのも、ちょうど1980年代の半ば頃、精神医学史上特筆に値する、診断学上の一大変化が生じているからである。以下、節をあらためて論じる。

II. うつ病の診断をめぐる問題

1. DSMについて

① DSMとICD ～ 操作的診断基準の出現

精神疾患の診断基準が国際的に確立されたのは比較的最近のことである。

身体疾患の多くは、可視的な徴候や計測可能な検査上の異常を伴っている。これを基礎として、病因論とセットになった明確な診断手続きの確立されたものが多く、国際的に統一された診断基準を作成することは少なくとも原理的には難しくない。これに対して精神

疾患は、その主要症状が内的な体験の異常という不可視の現象であるところから、そもそも正常と異常との判別が難しく、評価者間で判断が一致しにくい特性もっている。また、病的現象に対する認識や解釈が国や文化圏、時には学派によって異なることもままあり、同じような病像を前にして英・仏・独の学派がそれぞれ違う診断を下すといったことも珍しくなかった。

こうした「バベルの塔」状況を打開する必要性は早くから認識されていたが、それを実現するうえで重要な役割を果たしたのがDSMやICDである。DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 精神疾患の診断・統計マニュアル) はアメリカ精神医学会が刊行したものであり、1840年の初版からは170年以上の歴史がある。当初はもっぱらアメリカ国内で使用され、徴兵検査における判断基準を提供するといった実用的意味ももっていた。1987年の第3版改訂版 (DSM-III-R) あたりから目立って国際的に通用するようになり、わが国の現場とりわけ大学を中心とする研究場面で積極的に活用されるようになった。

DSMの特徴がとりわけ明瞭に発揮されたのは1994年発行のDSM-IV⁹⁾ で、①症状重視、②操作的定義、③多軸診断方式と呼ばれる三つの原則を備えていた。このうち①と②は本稿の趣旨とも重要な関連ももっている。

「症状重視」とは精神疾患の診断にあたって「原因」よりも「症状」を重視するとの謂である。医学一般の目覚ましい進歩と裏腹に精神疾患の多くはなお原因不明の状況にあり、うかつに原因論に踏みこむと混乱を生じる元だからとの説明がよく為される。これに関しては、そもそも精神疾患に関して身体疾患と同じ次元で「原因」と「結果」を想定し得るかといった、原理的に重要かつ興味深い問を立てることができが、ここでは立ち入る余裕がない。ただ、うつ病に関して「症状」に注目するか「原因」に注目するかは、後述の通りきわめて重要な違いをもたらすことになった。

いっぽう「操作的定義」と訳されるのは、原文の operational diagnostic criteria にあたる。一般に学問の方法論に関する操作主義 operationalism / operationalization とは、直接に測定できないものを他の現象を介して測定する手続きに関わるものとされる¹⁰⁾。この概念規定に素直に即して考えるなら、精神疾患にかかわる定義は必然的に操作主義によらざるを得ないと考えられるが、DSMがことさら operational を強調する背景には、従来の伝統的な精神医学的診断がとすれば直観や経験に頼りがちであったことへの反省が働いているのであろう。

たとえば統合失調症の診断において、かつてはプレコックス感 (Praecox Gefühl) が重視された。プレコックス感とは、「ある種の統合失調症の患者を前にした時、こちらの心の中に浮かんでくる独特の奇妙な感覚」などと説明される¹¹⁾。いかにも荒唐無稽な説のようであるが、実際に経験したものにはあながち否定で

きない、体験的な説得力があったのも事実である。ただしこのような感覚はまさしく「測定不能」であり従って検証不能でもあって、診断者間の一致率も低いことが予測され、要するに伝達不能である。

こうした直感・経験偏重の悪弊を克服するためにDSMが採用したのは、個々の疾患の特徴を箇条書きに列挙し、その中の一定数を満たした場合にその疾患であると診断するやり方であった（うつ病の例をP.9表1に示す）。「操作的定義」という言葉から通常イメージされるのは、上記のような本来の operationalism よりも、むしろ端的にこの方式のことというのが現実である。

いずれにせよ、このような特徴をもつDSMは第二次世界大戦後の精神医学の領域におけるアメリカの強い影響力を背景に世界的に用いられるようになり、世界標準の用語集を作り出すことに貢献した。

いっぽう、ICDは国際連合の専門機関である世界保健機関WHOの発行にかかる。精神疾患に限らず全ての領域のあらゆる疾患を網羅的に分類したもので、その第5章「精神と行動の障害」がいわゆる精神疾患を扱っている。1900年以來の長い伝統を背景に版を重ね、現在通用しているものは1990年にWHO総会で採択された第10版（ICD-10）¹²⁾ の、2007年改定版である。

DSMとICDの実際の分類は概ね歩調の揃ったものとされていた。ただ、ICDは世界のあらゆる地域の保健実務者が使用することを想定して平明簡便を指向するのに対し、DSMは学会発行のものだけに研究指向が強く、洗練されて緻密であるもののやや煩雑な面がある。わが国の現場でも、厚労省へ提出する実務的な診断書類ではICDが、学会等の研究報告ではDSMが、それぞれ活用されるのが実情である。こうした点を除きICDとDSMの間に大きな齟齬の生じることは、従来はなかった。ただしDSMの最近の版、とりわけDSM-5¹³⁾ は従来の診断慣行に大きな変更をもたらす斬新な内容を含んでおり、近く発行が予定されるICD-11がこうした変更はどう対応するかが注目される。

② DSMの弊害と批判

このような特徴をもつDSMがアメリカで発達した背景には、多民族社会アメリカならではの切実な必要があった。そのことが翻ってDSMの全世界的な浸透をもたらしたものであろう。グローバルに通用する診断基準の必要性は今後も高まることが確実で、当分はDSMがこれを牽引する役割を果たすことが予想される。

ただしDSMの具体的なあり方については、弊害の指摘や批判も少なくない。本稿の趣旨にも関連があることなので、この点にも簡単に触れておきたい。

1) DSM批判その1 ～ マニュアル思考が精神科医の診断能力を劣化させる

DSMは前述の通り、直観や経験を廃した「操作的な」構成をとっている。良くも悪くもマニュアル的・散文的であり、「安直」「深みがない」といった批判を

被ることがしばしばあった。精神医学的な診断において「深み」が必要なのか、それこそ無意味かつ権威主義的な錯誤であり、DSMが克服しようとした課題そのものではないかとの反論もあるところながら、DSM批判者の説にもそれなりの理由がある。

たとえばうつ病の場合、同病に陥った患者の症状は比較的一律であって、ある時点で抑うつ状態と判断することはさほど難しくない。しかし、個々の患者がうつ病に陥った事情や背景、人生の文脈における意味、家族をはじめ関係者に与える影響などは実に千差万別である。それらは、うつ病の医学的診断にあたってはさしあたり捨象すべき個別事情であっても、治療計画の策定においては無視できないものであり、しばしば医学的診断以上に重要な情報となる。このような諸事情を十分考慮し、illnessのみならずcasenessに配慮して個々のケースをみわたることが臨床家には求められるが、DSMの導入とともに安易なマニュアル的発想が広がり、総じて医師の力量の低下を招いているのではないかというのである。

先に述べたDSM-IVにおいて第3の特徴とされる「多軸診断方式」はこうした一面的で安易な思考を防止するために考案されたもので、個々のケースを精神疾患・パーソナリティと知的能力・身体状況・ストレス因・社会的機能の5つの軸に沿って評価することにより、ケースを複眼的・立体的にみわたることを推奨した。ただし、この奨めが現場でどの程度まで励行徹底されているかは疑問があるうえ、2013年に公開されたDSM-5は多軸診断を表看板から取り下げている。

DSMの影響に加え、遺伝子研究を含む生物学的精神医学の隆盛や、向精神薬の有害作用が緩和され「使いやすく」なったことなど諸般の事情が相まって、精神医学が安直平板化しているとの危機感を表明する論者は少なからずある。

2) DSM批判その2 ～ むやみに病気が増え、医療費が増える

DSMに対しては「むやみに病気を作り出し、いたずらに製薬産業を利している」との批判がアメリカなどで強くある。「DSMが改定されるたびに診断類型が増える」という指摘は、事実としてはおそらく正しい。これまで認知されることのなかった健康問題が正しくも認識され、分類体系の中に適切な場を与えられたというのが編集者の主張であろう。障害として認識されれば治療法の標準化が行われるのが当然の流れであり、その結果として既存の薬剤に新たな適応が与えられたり、場合によっては新たな薬剤が開発承認されたりすることも当然予想され、それ自体が不適切とはいえない。

ただ、別の問題もある。正常からの微妙な逸脱や何らかの症状が見られるとしても、多くの人がさほど意識することなく日常生活の中で「やり過ごしている」ケースは現実には多々ある。落語の『饅頭こわい』はDSM-5でいえば「限局性恐怖症 specific phobia」に題材を取ったもので、この斬の導入部からもわかる通り

限局性恐怖症は一般人口中にかなり多く存在する。それが顕在化しないのは各自がそれなりの工夫をしたり、社会的な文脈の中で紛れたりしているからであり、たとえばヘビ恐怖のある者でもヘビに遭遇する危険のない都市部に住み限り、病気を意識する必要はさらさない。この種の事態までもいちいち「障害」として記載・計上することにより、DSMがいたずらに病気を増やしているとの批判には一理ある。

一般に、ある病気についての認知度が高まれば当然ながら診断件数も増えることになる。その結果、従来は見逃されて必要な治療を受けられずにいた人々が治療につながるならよいのであるが、適切に放置されていたケースが医療問題と見立てられることによって、逆に混乱が増大することも起こりうる。こうしたマッチポンプ現象がDSMによって現に引き起こされているというのが批判する側の主張である。向精神薬の適応拡大に伴う経済効果は一般にきわめて大きなものであり、DSMの主唱者と製薬産業が結託しているとの非難がそこに生じるわけである。

3) DSM批判その3 ～ 「翻訳精神医学」がいつそう進む

以上はアメリカであれ日本であれDSMの普及に伴って一般的に懸念される場所であるが、これに加えてもっぱら（あるいは、とりわけ）日本の現場において懸念される問題がある。DSMは改定のたびにかなり大きな分類上の変更を行うのが常であり、これにともなって精神医学の基本に関わる概念や用語がかなり大きな修正を受けてきた。しかしながら、それほど重要な変更・修正に際して日本の（アメリカ以外の）臨床家や研究者はそのプロセスに参加しておらず異議申し立ての権限もなく、事実上、完全に受動的な立場にある。さらに、翻訳の問題がこれに関わってくる。

例を挙げよう。かつてDSM-IVが発行されるにあたり、ひとつの眼目は「気分障害 mood disorder」という項目の設定であった。いわゆる躁うつ病（広義）の中に、経過中に抑うつエピソードのみを反復する「うつ病」と、抑うつエピソードならびに躁病エピソードをこもごも示す「双極性障害」（狭義の躁うつ病）が区別されてきたが、DSM-IVはこの両者をmood disorderという概念のもとに一括した。この時にmood disorderの訳語として我が国の精神医学に登場したのが「気分障害」という言葉である。

DSM-IVが刊行された1994年当時、「気分障害」という言葉の日本語としての落ち着きの悪さが、筆者にはずいぶん気になった。それ以前から使われていた「感情障害 affective disorder」の方が違和感は少なく、ICD-10もこれを使用していること、「季節性感情障害 seasonal affective disorder」といった定訳を伴う個別の障害もあることなどから、そもそも原語がaffective disorderからmood disorderへ変更されることに疑問の余地があったのである。

これらは言っても詮ないことで、それから20余年経つ間にマスメディアには「気分障害」の語がようやく

浸透し、筆者自身もこの言葉に慣れてきた。若い同僚の中には「気分障害」のほうが受け入れやすく「感情障害」のほうが違和感があるという者も散見され、「気分障害」は市民権を得つつあるものと考えられた。その矢先、2012年に登場したDSM-5は「気分障害 mood disorder」という診断類型を廃止してしまったのである。

これにはその間の研究の「進歩」が影響を与えている。そもそもうつ病と双極性障害はいずれも気分の障害でありともに抑うつ状態を示すことから、両者の近縁性（あるいは同根性）を前提するのが自然なことと考えられてきた。しかし近年の研究の焦点はむしろ両者の相違点に移ってきている。うつ病と双極性障害の間には、頻度・性差・遺伝傾向の強さ・治療薬などさまざまな点で確かに際立った違いがある。従って、他の情報とも考え合わせながら精神疾患の分類を再検討していくことは将来の課題と考えられていたが、DSM-5は将来を待つことなく気分障害という括りを廃止し、両者を別の診断カテゴリーとして互いに独立させたのである。「気分障害」という言葉はDSM-5から完全に姿を消し、「抑うつ障害群」と「双極性障害および関連障害群」とは互いにまったく別個のものとして扱われることになった。

私見としてはDSM-5の決断は拙速に過ぎ、将来あらためて反転する懸念すらあると考えるが、その当否にはこれ以上立ち入らない。ここで指摘したいのは、アメリカ精神医学会の潮流が変動するたびに、ほかならぬわが国の精神医学の領域で基本的な概念や用語が変更・改廃を余儀なくされる現状についてである。20余年かけて定着した「気分障害」はそもそもDSM-IVによって根柢づけられていた。これがDSM-5によってその根柢を失ったからには、今後また時間をかけて日本人の語彙の中から消去されていくのであろう。導入も消去も、日本人の精神病理に関する自前の臨床知の要請であれば受け入れるにやぶさかでないが、DSMの動向如何ですべてが天下り式に決する現状には憂慮を禁じ得ない。かつてはドイツ、その後はアメリカ発の精神医学に思惟の根本的な部分を委ね、DSMの翻訳アップデートに汲々とする中から、果たして健全な臨床知が育ち得るだろうかという憂慮である。

日本人から得られたデータを、日本語を媒介にして練り上げ、自前の精神病理学を構築するという作業は重い宿題として残されている。

4) 日本語訳に関する蛇足

ついでながら日本精神神経学会によるDSMの「翻訳」についても一言しておく。残念ながらその水準は十分に洗練されているとはいいがたく、日本語としてどうかと思われる部分が散見される。一例を挙げれば、各疾患の診断基準に関して「下記6項目のうち、2つまたはそれ以上」といった表現が繰り返される点である。英語原文で“two or more”などとあるのを逐語訳したものであろう。しかし、英語のmoreは当該

表1 DSMのうつ病エピソード診断基準（一部改変）、文献13より

1. 抑うつ気分
2. すべての方面での興味・喜びの著しい減退
3. 著しい体重減少（あるいは増加）
4. 不眠（あるいは過眠）
5. 精神運動性の焦燥または制止
6. 易疲労性、気力減退
7. 無価値感、過剰な罪責感（時に妄想的なほど）
8. 思考力・集中力・決断力の低下
9. 死についての反復思考（希死念慮）

※以上のうち5つ以上が同じ2週間の間に存在する。

数を含まないのに対して、日本語の「以上」は当該数を含むことがどの国語辞典を見ても明記されているのだから、翻訳としては「2つ以上」とするのが正しく「2つまたはそれ以上」は誤りである。

小学生なら間違えないことだが、残念ながらDSMの日本語訳は1980年以来、版をあらためても誤りを正すことができずにいる。英語のルールに引っ張られて日本語のルールを逸脱しているのだとすれば、「翻訳-精神医学」ではなく「翻訳精神-医学」上のテーマであるかもしれない。一言付記する次第である（表1はこの点を修正してある。）

③DSMにおけるうつ病診断

DSMに関する総論的な説明が長くなった。肝心のうつ病がDSMにおいてどのように定義されているか見てみよう。

うつ病エピソードに関するDSMの診断基準を表1に示す。エピソードの語は病相の反復を特徴とするうつ病・躁うつ病に対して用いられる言葉であり、「その時点で抑うつ状態にある」ということとほぼ同義である。改訂ごとに思いきった変更を随所に導入するDSMであるが、うつ病エピソードの診断基準に関してはDSM-IVとDSM-5の間に寸分の違いもなく、うつ病の横断的な病像に関する臨床概念が安定したものであることをうかがわせる。

内容的に見ても、「抑うつ気分」と「興味・関心の喪失」に始まり、体重減少、睡眠障害、精神運動抑制と焦燥、易疲労感、集中困難から希死念慮に至るまで、うつ病の主要症状とされてきたものをほぼ網羅しており、臨床家の実感ともよく一致するものである。（強いて言えば、うつ病では自律神経の変調をはじめとする多彩な身体症状が生じることに一線をあててほしい気がする。）

さて、ここできわめて重要なことを指摘せねばならない。DSMのうつ病エピソード診断には、「原因」に関わる記載が何もないということがそれである。

前述の通り、DSMは診断基準を定めるにあたって各疾患の症状を重視し、できるだけ原因論に踏み込まないという原則を奉じている。ただしこれは相対的なものであり、疾患概念そのものに原因論が含まれる場合は当然ながらその限りではない。例としては、適応

障害、PTSD、死別反応や、物質摂取に起因する精神障害などがあり、実際にはかなり多くの項目にのぼる。（これらが厳密な意味で「原因」といえるか、そもそも精神疾患の「原因」とは何かという厄介で興味深い問題¹⁴⁾はさしあたり棚上げにする）。

こうしたものは除き、一般に精神疾患の原因に依らず症状にもとづいて定義し分類するのがDSMの原則である。その意味でうつ病エピソードの診断基準に「原因」が含まれていないことには何の不思議もない。しかもなお、このことによってDSMはうつ病の診断のあり方を大きく変更することになった。理由は簡単で、DSM導入以前のうつ病診断は原因に関する吟味によって大きく左右されるものだったからである。

うつ病の診断にあたって原因を問わないとしたことが一見めだたないDSMの明確な方向転換であり、その後大きな影響を及ぼすことになった。この点を明らかにするためには、うつ病概念の歴史を振り返る必要がある。

2. うつ病概念の歴史の変遷

①クレペリンの躁うつ病

うつ病に相当する病態は古くから知られていた。ある種の抑うつ状態を表す言葉として今も用いられるメランコリー melancholy, melancholia という言葉はもともと黒胆汁を意味するもので、黒胆汁はヒポクラテスの四体液説の一翼を担うものであった（他の三つは血液、粘液、黄胆汁。ただし血液を除いては近代解剖学のうちに正確な対応物をもたない）。ヒポクラテスは黒胆汁の過剰によってうつ（メランコリー）が生じると考えており、このことからその時代（B.C. 400年前後）に抑うつ病態が認識されていたことが推察される。ちなみに躁病を意味するmaniaも同様に古い由来をもち、これら気分の変調が人類の精神史と共にあったことが分かる。

メランコリーの概念は中世を経て近現代まで受け継がれているが、うつ病の近代的な概念を確立した功績は通常クレペリンKraepelin, E. に帰せられる¹⁵⁾。クレペリンは19世紀末から20世紀初頭に活躍したドイツの精神医学者であり、クレペリン検査と呼ばれる心理検査法でも知られている。クレペリンはハイデルベルク大学の精神科教授として活躍し、症例カードを用いて精神疾患の症状と経過に関する膨大な資料を収集した。この臨床データの分析から多くの知見をまとめたが、中でも有名なのはいわゆる内因精神病を躁うつ病と早発性痴呆（現在の統合失調症）に大別したことである。

内因（endogen, 独）とは精神疾患の原因に関する概念で、外因（exogen）および心因（psychogen）と三つ組みを為すものである¹⁶⁾。外因が物理的・身体的原因（すなわち精神現象からみて外的な原因）、心因が心理的原因を意味するのに対し、内因は当該疾患が脳の機能的変調に由来することを意味する。クレペリンの時代には脳の機能的変調の実態は不明であったか

ら（実は現在でも類似の限界が厳然として存在する）、内因は実際には「外因でも心因でも説明できない」という消極的な意味を含んでいたが、精神科病棟の入院患者中きわめて多くのものがこのような意味での内因によるものと考えられたため、実践上の意義は重大なものであった。

その内因精神病をクレペリンは躁うつ病と早発性痴呆に大別した、その際に彼が重視したのは疾患の縦断的な経過と最終的な転帰であった。すなわち、時とともに進行性に経過して最終的には重篤な残遺状態に陥るものを早発性痴呆 Dementia Praecox、周期性に経過して寛解後は欠陥を残さないものを躁うつ病としたのである¹⁷⁾。この際、クレペリンが臨床症状を分類の決定的な基準としていないことは注意を要する。今日の視点からは意外なことながら、横断的な症状比較に頼ったのでは内因精神病の中に区分を設けることができないとクレペリンは判断した。それは今日で言う躁うつ病と統合失調症が、特定時点の症状だけでは区別できず、長期にわたる縦断経過を参照してはじめて弁別できるという主張であった。

いっぽう、クレペリンとほぼ同年の生まれながら研究史においてはその継承者と位置づけられるスイスのプロイラー父 Bleuler, E.は、連合心理学や精神分析学を援用して統合失調症の基本症状を提唱した¹⁸⁾。クレペリンの直後から臨床症状に基づく診断区分が模索されていたことが、ここからもわかる。経過と予後にもとづくクレペリンの疾患分類は先駆者としての苦心の産物に過ぎず、症状に基づいて疾患を診断するのが正道であるともいえよう。

ただ、クレペリンが記載した躁うつ病の症例を読み返すと、今日の平均的なうつ病／双極性障害のイメージ（＝感情の振幅の量的な異常）にはおさまらない、激しい精神病性の症状（＝内的体験の質的異常）を見いだして驚くことがしばしばある。うつ病では罪業妄想・貧困妄想・心気妄想が頻繁に訴えられ、強い抑制症状のために昏迷が出現する。躁病では誇大性が同じく妄想レベルに達し、思考伝播や妄想知覚を疑わせる症状すら認められる。とりわけ後者は現代の多くの臨床家が「統合失調症」の診断根拠とするであろう情報を含んでいるが、これについてはクレペリンに揺らぎはなく、DSMの編集者もこれを支持する¹⁹⁾。クレペリンが確信をもって診断できたのは、当該症例の長期経過と予後に関する情報をもっていたからであるが、これを逆に見れば、特定時点ないし短期間に観察された症状だけを根拠にした場合、診断を誤る（少なくとも、クレペリンの置いた公準からは外れる）危険が少なからずあることを意味している。

このことの方法論的な含意についてはこれ以上立ち入らないが、元来の躁うつ病は早発性痴呆とともに内因精神病の中核群を構成した本格的な精神疾患であり、しばしば縦断経過を見ずしては弁別が困難なほどの重症感をもつものだったという点は重要である。「心の風邪」などといった安直なフレーズは、うつ病

と精神疾患に対する一般の偏見や疎隔感を是正する目的をもつものとはいえ、別の誤解へ人を誘導する危険をもっている。

もうひとつ本稿の関心事から重要なのは、この種の内因性うつ病に関する限り心理的原因や身体的原因は原則的に見あたらないということである。仮に心理的な葛藤やストレス因がこじれて抑うつ的になったのならそれは心因性うつ病である。定義上、内因性うつ病には心理的原因はありえない。とりたてて気もちが沈まねばならない理由がないにもかかわらず、ひとりだけで気分が沈んでいってしまうからこそ「病気」と考えられたのであり、その背景に脳の機能変調の存在が推定されたのである。

これに対して昨今のうつ病のイメージは、「慢性的に持続する心理社会的ストレスに耐えかねて心が折れる」といったタイプのもの、いわば適応障害型のそれであろう。それを「うつ病」と呼ぶことはDSMのレベルではまったく矛盾のないことであるが、クレペリンがうつ病と呼んだものとは異質であることを知っておく必要がある。

② DSM導入直前の状況

このように重症感をともなうものを躁うつ病イメージの中核に置き、うつ病・躁うつ病関連事象をその多様性に応じて細分する傾向は、筆者が新人医師として精神科の研修を受けた1980年代後半には確実に生きていた。その時期、「うつ病」を診断するにあたってはかなりの慎重さが必要とされたことを記憶している。

繰り返しになるが、このように多様で複雑な「うつ病」群の中で、いわばうつ病イメージの原型ないし中核とされたのはクレペリン以来の内因性のうつ病である。場合によっては「うつ病」という言葉を「内因性うつ病」に事実上限定し、ストレス因による疲弊やブレイクダウンによるものは「疲弊性うつ病」「反応性うつ病」「抑うつ反応」、心理的葛藤の影響が強いと考えられる場合には「神経症性うつ病」などと呼んで区別することがよく行われた。

この時代の臨床知のひとつの結晶として、いわゆる笠原・木村分類を挙げることができる²⁰⁾。笠原嘉と木村敏という精神病理学の巨匠らが40歳代で考案したこの分類は、病像はもとより患者の年齢・体型・生活史・家庭像・病前性格・発病状況・病気の経過・治療への反応などを綿密に検討し、抑うつ状態を示す患者を6型に分類したものであった。筆者ら当時の研修医には、担当する患者を「うつ病・躁うつ病」と診断した場合、笠原・木村分類で何型にあたるかを付記することが必ず求められ、その判断の当否が臨床カンファレンスで議論されたものである。

こうした区分が決して「分類のための分類」でなかったことは、同分類が「治療への反応」に注目していることから分かるであろう（表2）。とりわけ抗うつ薬への反応が明確に示され、殊にI型以外は抗うつ薬の効果が総じて疑問視されていることは、今日振り返ってあらためて示唆的である。

表2 笠原・木村分類（文献20、一部改変）

型	病像	病前性格	発病状況	治療への反応	仮称
I型	心身両面にわたって典型的なうつ病像を示す	メランコリー親和型	特有の状況変化の頻度が高い	抗うつ薬によく反応する	性格（反応）型うつ病
II型	I型に準じるが非網羅的	循環性格	生物学的条件の関与が多い	抗うつ薬への反応はI型ほどよくない	循環型うつ病
III型	時に依存的・誇張的、自責傾向少なく他責的	未熟、秩序愛や他者配慮は乏しい	過大な負担や性格の弱点に触れるできごと	抗うつ薬はほとんど無効、本格的な精神療法を要す	葛藤反応型うつ病
IV型	非典型的で行動化や同一性拡散を示す	統合失調質	個別化の危機	抗うつ薬による根本的改善はない	偽循環病型統合失調症
V型	悲哀体験への反応としてのうつ状態	特徴なし	悲哀体験	抗うつ薬は無効	悲哀反応
VI型	その他のうつ状態				その他のうつ病

表3 うつ病の小精神療法（笠原嘉）文献21

<ol style="list-style-type: none"> 1. うつ病は治療の対象となる「不調」であり、単なる「気のゆるみ」や「怠け」ではないことを患者に告げる。 2. 早い時期に確実に心理的休息を取るほうが、結局は立ち直りやすいことを告げる。 3. 予想される治癒の時点を告げる。 4. 治療の間、自己破壊的な行動（自殺など）をしないことを約束してもらう。 5. 治療中、症状には一進一退があることをくり返し告げる。 6. 人生に関わる重要な決断（例：退職や離婚）は治療終了まで延期するよう助言する。 7. 服薬の重要性や副作用を告げておく。

この分類の提唱者の一人である笠原嘉は、相前後する時期に「うつ病の小精神療法」と呼ばれる治療指針を提唱している²¹⁾。今日流に言えばうつ病に関する心理教育 psychoeducation のエッセンスとも言うべきもので、これまた1980年代までに臨床教育を受けた精神科医には懐かしいものである。うつ病患者の治療や家族への指導にあたり、ここに示された「笠原の七原則」を習得しておくことが当時は必須とされた（表3）。一連の原則は今日の日から見ても優れたもので、うつ病治療における豊富な経験知に裏づけられたものであることが一目で分かる。

同時に一点注意が必要なのは、この原則が「うつ」の症状を示すすべての患者に対する万能の治療指針としてではなく、特定の型のうつ病を念頭に置いて構想されている点である。それはこの原則中に「服薬の重要性」が特記されていることから容易に察せられるところで（表3-7）、これを提唱した笠原の念頭にあったのは笠原・木村分類におけるI型、すなわち非循環性の内因性うつ病であったことは疑いない。内因性とは脳機能の変調による自動的な気分の変調の謂であり、心理社会的葛藤の原因論的な価値が低いものことであって、だからこそ「早めに休息をとり、自己破壊的行動や生活様式の性急な変更を戒めつつ回復を待つ」という「待ち」の戦術が意味をもったのである。

考えてみれば「うつ病の型に従って適切な治療方針を選び取るべきである」というのは、きわめて常識的な考え方に過ぎない。しかし常識が必ずしもあたりまえに通用しないのも、現実の一面である。

③ DSMがもたらしたもの ～ インパクトと混乱

以上に回顧したような診断風景は、DSMがわが国の精神医学・医療に浸透するにつれ急速に変化を遂げた。DSM-III（1980）、DSM-III-R（1986）、DSM-IV（1994）、DSM-IV TR（2000）とDSMはほぼ定期的に改訂を進め、これにつれて国際的な浸透度を着実に増していった。大学病院の病棟カンファレンスでDSM診断を付記することが求められるようになったのは、筆者らの母校では1990年前後からのことで、他大学の動向とほぼ一致しているものと思われる。前述の通りDSMは症状に着目した診断プロセスを採用しているから、笠原・木村分類でどの型に属するかに関わらず、抑うつエピソードの症状を呈していれば「うつ病」である。笠原・木村分類に限らず、原因や発病状況に注目して命名され類型化されていたうつ病圏の疾患や症候群は、DSMではすべて「うつ病」と一括されることになった。

このことは直ちに従来の診断概念が無用になることを意味しない。症候論に軸足を置いた操作的診断システムとしてのDSMと、従来の診断とを相互参照しつつ併用し、双方を豊かにしていくという方向性も理論的には十分可能であり、それこそがDSMの正しい受け入れ方・使い方であったと思われる。しかし実際にはそうはならなかった。端的に言えば、全国の精神科病棟において笠原・木村分類とDSM分類は併用されるのではなく、後者によって前者が置換されることが通例であった。前者が提唱された1975年当時とは患者の臨床像が変わったために、これが通用しなくなった

という事情であったとは筆者には思われない。むしろ「世界的な動向」に同調する心理と、多忙な日常の中で思考と時間の節約を求める心理に、主たる原因があったように感じられる。

前述のようにDSM-IVは多軸診断の併用によって、ケースの多面的・複合的なみたてを推奨したが、DSMの実際の使用において多軸診断はさほど熱心に励行されることがなく、I軸・II軸の診断のみが議論されることが多かった。DSM-5が多軸診断を表看板から下ろしたことは、DSM編集者自身の姿勢を疑わせるものともなっている。

このようなDSMの普及浸透がうつ病の臨床に与えたインパクトとして、大きく二つのことが指摘できる。

第一は、うつ病の診断件数の増加である。

既に詳しく述べてきたとおり、DSM以前の精神科臨床の中で「うつ」はその多様性が強く意識され、その中で目の前の症例を「うつ病」と言いきるにはいくつかの条件をクリアする必要があった。DSMは原因や発生状況による区別をあっさり解消し、症状だけで「うつ病」診断を確定できるものとしたから、結果的にうつ病の診断件数が増加するのは自然なことであったと推測される。

I-2においてうつ病患者数の増加を統計データで確認しつつ、その解釈に影響を与えるアーチファクトのひとつとして「うつ病の診断基準の変化」を挙げたのは、このような意味である。かつ、このような診断基準の変化に伴って「うつ病」にいわば編入されたのは、過剰なストレスの蓄積による疲弊性の抑うつ状態や、心理的な葛藤の影響が強く認められる神経症性うつ病など、非内因性の特徴を示すものであったことが以上から明らかである。原因や発病状況を考慮する時には、内因性うつ病と同列に並べることが躊躇された病態も、もっぱら症状に注目することで「うつ病」に計上できるものとなったのである。

なおこの件に関しては、果たしてDSMの診断基準が適切に運用されているかという疑問も、また生じ得る。なるほどDSMのマニュアル方式は、直観主義や経験主義を排して客観的な診断姿勢を導入し、評価者の主観に依らない一致率の高さをもたらす効果があるとされる。しかし、個々の項目（うつ病エピソードの診断の場合なら、「抑うつ気分」が存在するかどうか、「興味・関心の喪失」が存在するかどうか）の判定は、結局のところ評価者の判断に委ねられる。評価者間の個人差を小さく抑えるのは教育や訓練の役割であり、わが国の場合は日本精神神経学会等のリーダーシップ

が問われるテーマであるが、DSMやICDの場合にはさらに世界レベルで一致率を維持することが求められるから事態は簡単ではない。うつ病エピソードの診断基準に関して、このようなレベルでの「診断一致率」がどの程度達成されているか、検証するのは難しい。

「うつ」の病態に関しては、本格的なうつ病エピソード（大うつ病 major depression）に対してより軽症のエピソード（気分変調性障害 dysthymic disorder）というカテゴリーがDSMに存在する。希死念慮を伴わない比較的軽症の抑うつ状態が長期遷延するタイプのもので、一般に「軽症のうつ病」などという時はこのような病態を指していることが多い。専門医なら両者をきちんと区別しているはずであるが、うつ病の臨床では地域の一般医が診断・治療にあたる場合もあり、専門医の中にも力量のバラツキがある。当初は「大うつ病」の診断基準を満たしたものが、経過と共に「気分変調性障害」に移行する例も多いかと思われるが、そのような場合にことさら診断名を変更せず「うつ病」で通すことも起きやすい。一般に「うつ病」として括られているものの中に、こうしたケースがあるとすれば、これまた診断件数を押し上げることになる。

DSM導入の第二のインパクトはもう少し込み入った話で、実際には多様な病像を含む「うつ」の病態を症状の共通性に着目して「うつ病」と括ったため、情報の混乱が起きているということである。

たとえば先に紹介した笠原嘉による「うつ病の小精神療法」は、笠原・木村分類ではI型に相当する内因性・非循環性うつ病を主に想定していることを先に述べた。その中にある、「大事な決断は病気が治るまで先延ばしする」という勧告は、脳の機能変調によるうつ病の場合には完全に正しいものである。しかし、それが下位分類を問わずあらゆる「うつ病」に妥当すると考えるのは誤りであり、笠原自身の趣旨にも反している。例えばパーソナリティに問題があり、困難に直面することを避けて抑うつに逃げ込む傾向のあるケースで「問題の先延ばし」を勧告するなら、永久に先延ばししかねないであろう。

前述したクレペリン以来の学問史の中で、うつ病に対する治療戦略は内因性のケースを主たる対象として構築されてきた。それを他のタイプのうつ病に無条件で転用すべきでないのはほとんど自明の理であるが、DSMの導入によって症状レベルに注目した緩い「うつ病」概念が広まったことにより、この種の誤った一般化が頻繁に起きつつあることが懸念される。メディアを通じて発信される「うつ病」関連情報には、この種の粗雑な誤解がきわめて多いのが実態である。^(注1)

^(注1) 「うつ病の患者を励ましてはいけない」という言葉が依然としてよく聞かれるが、これは明らかに正しくない。

原型はおそらく「むやみに叱咤激励すべきではない」とか「体育会式にハッパをかけるのは逆効果である」とかいったもので、既に限界まで頑張ってきた人にさらに頑張ることを命じたりすれば、本人の絶望と自責をかえって強め、悪くすると自殺の引き金になることを警告したものである。それが伝言ゲームの中で、いつの間にか「励ましてはいけない」に化けたものと思われる。

励まし方にもいろいろなものがあり、「必ず治るので焦らずじっくり養生しよう」といった穏やかな言葉ならば、励ましは少しも悪いものではなくむしろ望ましい。また、本人の性格傾向やうつ病の型によっては、時として叱咤激励が有効である場合もある。情報の正確な伝達が強く望まれる所以である。

個々の型に応じてどのような治療上の工夫を行うべきかは本稿の範囲を超えるので詳述しないが、ストレス反応型／適応障害型のうつ病が急増している現状を考えれば、笠原の小精神療法に見られる「待ち」の戦略がそのまま適用できるケースはむしろ少ないであろう。悪性のストレスを構造的に再生産する現状があれば、積極的にこれを修正していく努力が社会全体に望まれる。

Ⅲ. 小括と課題

以上、近年のうつ病の「増加」を巡る現状を確認するとともに、これに関連する背景要因を粗雑ながら検討した。その要点は以下の通りである。

わが国でうつ病の診断件数が急速に増えているのは事実であるが、これには医療機関の増加や人々の受療行動の変化、DSM導入に関連した診断枠組みの変化などのさまざまな要因が関与している。これらを割り引いてもうつ病は大幅に増えているものと考えられるが、多彩な「うつ」の病態の中で実際に増加しているのは、クレペリン以来注目されてきた脳の機能変調による内因性うつ病ではなく、ストレス反応型／適応障害型のうつ病であることは注意を要する。必然的に今日の治療・予防論は「休養+服薬」で十分とする従来の待ちの戦略を超え、悪性のストレスを生み出す源を断つ方策を含むものでなければならない。

このように現状を総括したうえで、夥しい数の「うつ」の患者の背後にどのようなストレス状況が見えてくるかを展望することが続く課題となる。うつ病の発症状況をつぶさに検討するならば、自ずと我々の置かれている今日のストレス状況が浮かびあがってくるであろう。それを題材として社会福祉や生活科学など関連領域と協働しつつ、社会の改善に向けた処方箋を工夫することを、今後のテーマとしたい。

【文献・URL】

- 1) 出村紳一郎、南光進一郎『死別と躁病』精神医学

- 33:139-45 (1991)
- 2) アルフォンス・デーケン『死を教える』メヂカルフレンド社 (2000)
- 3) 石丸昌彦『統合失調症小史』放送大学年報 27; 1-23 (2010)
- 4) 武田徹『「隔離」という病い～近代日本の医療空間』講談社選書メチエ 109 (1997)
- 5) 澤田康幸他『不況・失業と自殺の関係についての一考察』日本労働研究雑誌 598; 58-66
- 6) 山田光彦『海外における自殺対策の取り組みとエビデンス』、財団法人日本学術協力財団「学術の動向」13:320-25 (2008)
- 7) NHK「無縁社会プロジェクト」取材班『無縁社会』文藝春秋 (2010)
- 8) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> (2016年10月30日アクセス)
- 9) アメリカ精神医学会／高橋三郎他訳『DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引』医学書院 (1995)
- 10) 廣松渉編『哲学・思想事典』岩波書店 (1998)
- 11) 大熊輝雄『現代臨床精神医学』金原出版 (2013)
- 12) 世界保健機関／融道男他訳『ICD-10 精神および行動の障害 — 臨床記述と診断ガイドライン』医学書院 (2005)
- 13) アメリカ精神医学会／高橋三郎他訳『DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引』医学書院 (2014)
- 14) クルト・シュナイダー／西丸四方訳『臨床精神病理学序説』みすず書房 (2000)
- 15) エーミール・クレペリン／西丸四方訳『精神医学総論』みすず書房 (1994)
- 16) Karl Jaspers “Allgemeine Psychopathologie” Springer-Verlag (1973)
- 17) エーミール・クレペリン／西丸四方訳『躁うつ病とてんかん』みすず書房 (1986)
- 18) オイゲン・プロイラー／人見一彦訳『精神分裂病の概念—精神医学論文集』学樹書院 (1998)
- 19) アメリカ精神医学会／高橋三郎、染俊幸訳『DSM-IV ケースブック』創造出版 (1996)
- 20) 笠原嘉、木村敏『うつ状態の臨床的分類に関する研究』精神神経学雑誌 77: 10, 715-735 (1975)
- 21) 笠原嘉『うつ病臨床のエッセンス』P.192-3 みすず書房 (2009)

(2016年11月14日受理)